DWS-SDS

Formulario 61APP-S
05/04

Departamento de Workforce Services DWS

SOLICITUD DE ASISTENCIA ALIMENTICIA, FINANCIERA, MÉDICA Y PARA EL CUIDADO INFANTIL

Número de Caso: _____

Servicios Expresos: ☐ Sí ☐ No

Fecha de Recibido: _____

Su Información:

1. Complete la siguiente información sobre la **persona solicitando asistencia**.

Nombre Completo: _____
Nombre Segundo Nombre Apellido

Dirección Física: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____

Dirección para Envíos Postales: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____

Número Telefónico: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Número de Seguro Social: (opcional) _____

Firma: _____

Marque los Servicios que Desea Solicitar:

☐ Asistencia Alimenticia ☐ Asistencia Financiera/ Monetaria ☐ Asistencia para el Cuidado Infantil

☐ Asistencia Médica ☐ Asistencia Médica Retroactiva (por los últimos 90 días).

Si desea solicitar el servicio de Pagos de Seguro por Desempleo (Unemployment Insurance), por favor visite la página en el Internet jobs.utah.gov, o háblenos por teléfono al número (888) 848-0688.

Sus Derechos:

- **SI NECESITA AYUDA PARA LLENAR ESTA SOLICITUD CON GUSTO LE ASISTIREMOS.**
- **USTED TIENE EL DERECHO DE RECIBIR SERVICIOS DE INTERPRETACIÓN GRATUITOS.**
- Usted puede entregar esta solicitud sólo con su nombre, dirección y firma, pero para poder determinar su elegibilidad usted debe llenar esta solicitud en su totalidad.
- Si califica, usted recibirá asistencia de acuerdo a la fecha en la que su solicitud fue recibida.
- No es requerido proporcionar su número de seguro social, o el de sus dependientes, para recibir Asistencia para el Cuidado Infantil. Si usted elige no proporcionar esta información, su asistencia no será negada o retrasada, siempre y cuando reúna todos los requisitos de elegibilidad.

Información sobre Asistencia Alimenticia y Asistencia Médica para Inmigrantes:

- Usted puede solicitar y recibir Asistencia Alimenticia y Asistencia Médica (Medicaid) para todos los miembros de su familia que califiquen aunque en su familia existan personas que no califiquen debido a su estatus legal. Por ejemplo, padres de familias inmigrantes que no califiquen para recibir asistencia pública debido a su estatus legal, pueden solicitar Asistencia Alimenticia para los hijos que sean ciudadanos de los Estados Unidos o cuenten con un estatus legal aprobado.
- Si usted, o alguna persona viviendo en su hogar, no solicita y/ o no califica para recibir Asistencia Alimenticia debido a su estatus inmigrante, no necesitará proveer información sobre su estatus inmigrante, número de seguro social o cualquier otro documento. Sin embargo, tendrán que contestar preguntas tales como su nombre, parentesco, ingresos, bienes económicos, etc.
- El hacer uso del programa de Asistencia Alimenticia no afectará su estatus inmigrante o el de su familia. Toda información inmigrante es privada y confidencial.
- Si usted, o algún miembro de su familia, hace uso del programa de Asistencia Médica, ésto no debe afectar su habilidad de solicitar residencia permanente en los Estados Unidos, a menos que utilice esta asistencia para pagar gastos médicos a largo plazo (hogares para ancianos o minusválidos, u otras instituciones médicas). El hacer uso del programa de Asistencia Médica no afectará su habilidad de solicitar ciudadanía en los Estados Unidos, a menos que haya cometido fraude para calificar y recibir esta asistencia.

2. Conteste las siguientes preguntas para ayudarnos a determinar si califica para recibir **Asistencia Alimenticia en siete (7) días o menos.**

- ¿Usted es un trabajador de temporada o migratorio? …..…….. ☐ Sí ☐ No.
- ¿Cuál es su ingreso total familiar al mes, antes de pagar impuestos? … ……$_____
- ¿Cuánto dinero en efectivo tiene en su banco o cuenta Credit Union? .....…….....$_____
- ¿Cuál es el total mensual de los gastos de su vivienda (Hipoteca o renta, y servicios públicos)? ..... $_____

Si la combinación de todos los ingresos recibidos en su hogar, más los bienes líquidos, suman una cantidad menor que el pago mensual de su hipoteca o renta, y servicios públicos, su hogar califica para recibir servicios expresos. Si usted no está de acuerdo con la decisión tomada sobre su elegibilidad para recibir Asistencia Alimenticia en siete (7) días o menos, infórmenos para programar una cita en dos (2) días para hablar al respecto.

3. Empezando con usted, escriba la información que se le pide a continuación sobre cada persona que esta **solicitando asistencia**:

Nombre	**Número de Seguro Social**	**Edad y Fecha de Nacimiento**	**¿Ciudadano de los EE.UU.?** Sí/ No	**Parentesco**	**¿Estudiante?** Sí/ No	**Etnicidad** *Véase abajo	**Raza** ** Véase abajo	**Sexo**	**Estado Civil**
				Si mismo					

*Etnicidad
H = Hispano o Latino.
N = No Hispano o Latino.

**Raza
AI = Indio Americano o Nativo de Alaska.
AS = Asiático.
BL = Negro o Afro Americano.
PI = Nativo de Hawai u otras islas del Pacífico.
WH = Blanco.

4. ¿Usted o alguna de las personas solicitando con usted son residentes de Utah?..... ☐Sí ☐No

5. ¿Usted o alguna de las personas solicitando con usted tienen un representante autorizado, o alguien que tenga una carta poder para representarle? ..... ☐Sí ☐No

6. ¿Usted o alguna de las personas solicitando con usted viven en alguna de las siguientes instituciones? ..... ☐Sí ☐No
☐Hospital ☐Albergue ☐Centro de Rehabilitación por uso de Drogas
☐Casa Hogar ☐Hogar para Ancianos o Minusválidos ☐Cárcel – Si su respuesta es sí, ¿Puesto en libertad condicional para trabajar?. ..... ☐Sí ☐No

7. ¿Usted o alguna de las personas solicitando con usted es un fugitivo de la ley?..... ☐Sí ☐No

8. ¿Usted o alguna de las personas solicitando con usted han solicitado y/ o recibido Asistencia Alimenticia, Financiera o Médica? ..... ☐Sí ☐No

Nombre:	**Tipo de Asistencia:**	**¿Dónde?**	**¿Cuándo?**

9. ¿Usted o alguna de las personas solicitando con usted han sido recientemente descalificados del Programa de Asistencia Alimenticia por alguna violación al programa? ..... ☐Sí ☐No

10. ¿Hay más personas que viven con usted y que no estén solicitando asistencia pública?
Si su respuesta es sí, anote su(s) nombre(s) y el parentesco con usted:

Nombre:	Parentesco con usted:

OFFICE USE ONLY

_____Head of Household

_____Alien #
_____Roomer
_____Boarder
_____Purchase & prepare
_____Strike

11. ¿Cuál es el idioma principal que se habla en su hogar? _____

12. ¿Usted o alguna de las personas solicitando con usted está embarazada? ..... ☐Sí ☐No
Si su respuesta es sí, anote su(s) nombre(s):_____ y
la fecha aproximada del parto: _____

13. ¿Usted o alguna de las personas solicitando con usted es incapaz de trabajar? ..... ☐Sí ☐No
Si su respuesta es sí, ¿Quién? _____

14. Si está solicitando Asistencia Alimenticia, no se requiere contestar esta pregunta.
¿Usted o alguna de las personas solicitando con usted es un Excombatiente? ..... ☐Sí ☐No

Bienes Personales:

15. ¿Usted o alguna de las personas solicitando con usted posee alguno de los siguientes bienes financieros?

$ _____ Cuenta Bancaria de Cheques
$ _____ Cuenta Bancaria de Ahorros o cuenta Credit Union

☐ Cuenta de Pensión por Jubilación (IRA)
☐ Acciones
☐ Bonos
☐ Certificados a Largo Plazo
☐ 401-K
☐ Fondos de Inversión
☐ Fondos Fiduciarios
☐ Otro(s) _____
☐ Ninguno

16. Por favor, anote todos los vehículos que usted o alguna de las personas solicitando con usted posean. Algunos ejemplos de estos vehículos pueden ser automóviles, camionetas, barcos o algún otro tipo de nave acuática, motocicletas, motos para nieve, casas móviles, ATV's, etc.:

Dueño(s) Registrado	Tipo de Vehículo	Marca	Año	¿Registrado? Sí/ No	Estado	Cantidad Adeudada

17. ¿Usted o alguna de las personas solicitando con usted poseen algunos de los siguientes bienes?

☐ Casa
☐ Seguro de Vida
☐ Plan Funeral/ Fondos Fúnebres
☐ Autocaravanas
☐ Propiedades de Tiempos Compartidos
☐ Herramientas
☐ Propiedades de Renta
☐ Tierras
☐ Derechos Minerales
☐ Lotes Fúnebres
☐ Casa Remolque/ Remolques
☐ Ganado
☐ Otros _____
☐ Ninguno

18. ¿Usted o alguna de las personas solicitando con usted poseen algunos de los siguientes ingresos No Salariales?

☐ Pagos del Seguro Social
☐ Ingresos del Seguro Social (SSI)
☐ Pagos Por Desempleo (UI)
☐ Soporte Financiero Infantil
☐ Pagos de Suma Total
☐ Liquidaciones
☐ Ayuda Financiera Escolar
☐ Pagos por Jubilación
☐ Compensación Laboral
☐ Asistencia a Veteranos Militares
☐ Pensión por Divorcio o Separación
☐ Herencias
☐ Otros _____
☐ Ninguno

OFFICE USE ONLY

_____Status
_____Duration

_____TPL
_____Retro

Asset Details

_____Sold, traded or given away any resources in last 30 days.

Income Details

19. ¿Usted o alguna de las personas solicitando con usted han recibido ingresos salariales? ☐Sí ☐No
Si su respuesta es sí, provea la información que se le pide a continuación:

Nombre de la Persona Empleada	_____	Nombre de la Persona Empleada	_____
Nombre del Empleador	_____	Nombre del Empleador	_____
Sueldo por Hora	$ _____	Sueldo por Hora	$ _____
Número de Horas que Trabaja a la Semana	_____	Número de Horas que Trabaja a la Semana	_____
Dueño de su Propio Negocio	$ _____ /mes	Dueño de su Propio Negocio	$ _____ /mes

20. ¿Usted o alguna de las personas solicitando con usted tienen alguno de los siguientes gastos? (Estos gastos deben ser verificados para contar como deducciones).

☐ Soporte Financiero Infantil
☐ Cuidado Infantil
☐ Pensión por Divorcio o Separación
☐ Gastos Médicos
☐ Ninguno

Total de Gastos $_____ mensuales

21. Por favor, anote todos los gastos del hogar que se apliquen a usted y/ o a cualquier otra persona que este solicitando con usted:

Renta $ _____ Hipoteca $ _____ Segunda Hipoteca $ _____ Espacio del Lote $ _____
Impuestos (Cantidad Anual) $ _____ Seguro (Cantidad Anual) $ _____ Otros $ _____
¿Vivienda Subsidiada? ☐ Sí ☐ No

22. Por favor, marque los gastos de servicios públicos que se apliquen a usted y/ o a cualquier otra persona que este solicitando con usted:

☐ Electricidad
☐ Agua/ Drenaje
☐ Gas
☐ Teléfono

¿Sus gastos para calentar (calefacción) y/ o refrescar (swamp cooler, aire acondicionado, etc.) su hogar son separados de sus pagos de renta y/ o su hipoteca?..... ☐Sí ☐No

¿Usted ha solicitado o recibido asistencia HEAT en los últimos doce (12) meses?..... ☐Sí ☐No

OFFICE USE ONLY

Income Details

____Last worked/ paid
____Pay frequency
____Work schedule

____Leave job or reduce hours in last 60 days

____How meet expenses
____Homeless

Yo *(escriba su nombre completo con letra de molde)* _____, leí o alguien me leyó la información que se encuentra en la página uno (1) y la página seis (6) de esta solicitud. Declaro que entiendo dicha información. Declaro, con el uso total de mis facultades mentales, que la información y/ o las respuestas que he dado en esta solicitud son correctas y verdaderas. También, declaro que la información que he dado sobre el estatus legal de mi ciudadanía en este país es correcta. Entiendo que puedo ser penalizado por la ley si cometo perjurio e intencionalmente anoto información falsa en esta solicitud.

Tanto su número de Seguro Social como toda otra información que usted anote en esta solicitud será verificada por agencias federales, estatales y locales. Al firmar esta solicitud usted da autorización para facilitar información confidencial y llevar a cabo verificaciones por medio de sistemas computacionales, recertificación de programas y auditorias con el Departamento de Ciudadanía y Servicios de Inmigración (BCIS, Bureau of Citizenship and Immigration Services) y otras agencias federales y estatales.

Firma, o Marca del Cliente	Fecha
Firma del Representante Autorizado (únicamente para Asistencia Alimenticia).	Fecha de Nacimiento del Representante Autorizado

- Forma de Registro para Votar: Si *usted* no se ha registrado para votar donde *vive* actualmente, *¿le* gustaría solicitar y registrarse aquí hoy para votar?…….....…… ☐Sí ☐No

  (Si no contesta esta pregunta y deja la *respuesta en blanco*, *asumiremos* que *en esta ocasión* usted decidió *no registrarse* para votar).

- Si desea recibir ayuda para llenar la forma de registro para votar, nosotros podemos ayudarle. La decisión de buscar o aceptar ayuda es de usted. Usted puede llenar la forma de registro en privado. El registrarse o no registrarse para votar no afectará la cantidad de asistencia pública que recibirá.

- Si usted cree que alguien ha interferido con su derecho de registrarse o no registrarse para votar, su derecho a la privacidad en el proceso de decidir si debe registrarse, o solicitar registrarse para votar, o su derecho en escoger su partido político o preferencia política, usted puede levantar una queja con: Lt. Governor, State of Utah, 203 State Capitol Building, Salt Lake City, UT, 84114.

FOR OFFICE USE ONLY			
	EBT Card		Reporting Requirements
	Horizon Handbook		DWS Services
	Medical handouts		Office Pathway

FOR OFFICE USE ONLY – CHILD CARE ONLY			
	Min. Work Requirements		2-Parents Household?
	Year Round School?		CCRR Needed?
	Parent In Training Or Educational Program?		Non-Custodial Parent Paying Some CC?
	If Receiving CS, It Is The Court Ordered?		Child Care Brochures

Información sobre Servicios de Apoyo de DWS

Por favor, lea la siguiente información y si lo desea, haga preguntas sobre *cualquier* cosa que no entienda o tenga dudas.

- De acuerdo con la ley federal, la política tanto del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA) como el Departamento para la Salud y los Servicios Humanos (DHHS), prohíbe la discriminación basada en la raza, color de piel, nacionalidad, sexo, edad o incapacidad. Bajo el Acto de Asistencia Alimenticia y la política de USDA, la discriminación basada en religión y creencias políticas también es prohibida.

- Nosotros le daremos un folleto con sus derechos y responsabilidades.

- Usted puede solicitar una Audiencia Imparcial verbalmente o por escrito sino está de acuerdo con la decisión tomada en esta solicitud.

- Es posible que el Departamento de Workforce Services (DWS), o alguno de sus representantes, se comunique con usted para hablar sobre la eficiencia de los servicios que usted ha recibido.

- Compañía Empresarial No Discriminatoria. Ayuda y servicios para los Programas Auxiliares se encuentran disponibles a personas minusválidas. Para mayor información llame al teléfono (801) 526-9240. Personas con impedimentos en el habla, y/ o sordera, pueden llamar al teléfono 1-800 346-4128 (state relay).

- Se requiere que usted obedezca las reglas de todos los programas.

- La participación fraudulenta en cualquiera de los programas puede causar una acción criminal, civil, o demanda administrativa.

- Usted está de acuerdo en cooperar con el estado de Utah para establecer y recaudar pensión por divorcio o separación y soporte financiero infantil para su familia.

- Si usted es aprobado para recibir Asistencia Financiera, tendrá que ceder a la Oficina de Servicios de Recaudación (ORS) todo el soporte financiero infantil, apoyo médico, o pensión por divorcio o separación que usted hubiese recibido para su familia durante el tiempo que reciba esta asistencia El soporte financiero infantil y los pagos de pensión por divorcio o separación serán utilizados para compensar el costo de proveer asistencia financiera a su familia.

- Si usted selecciona un proveedor de cuidado infantil exento de tener licencia, el estado de Utah no regulará o monitoreará el cuidado infantil. Información adicional sobre como seleccionar un proveedor de cuidado infantil de buena calidad se encuentra disponible.

- Si usted es aprobado para recibir Asistencia Financiera y la cantidad de su Asistencia Alimenticia disminuye de un mes a otro, usted no recibirá avisos previos al cambio.

- El Título VI del Acto de Derechos Civiles de 1964 nos permite solicitar información racial y étnica, pero usted no tiene la obligación de proveer dicha información. Sin embargo, el recibir esta información nos ayudará a obedecer la Ley Federal de Derechos Civiles. Si usted decide no proporcionar esta información, ésto no afectará su caso. Si usted no nos proporciona esta información, el trabajador social responderá la pregunta.

- Adopción: Si usted desea información sobre cómo recibir ayuda para llevar a cabo una adopción, por favor, indíqueselo a su trabajador social.

- Si usted está en una institución y solicita Asistencia Alimenticia y SSI al mismo tiempo, la fecha de recibido que se utilizará para la Asistencia Alimenticia será la fecha en la que se le dé de alta de la institución.

- Su solicitud para recibir Asistencia Alimenticia será procesada en 30 días si su hogar no califica para recibir Asistencia Alimenticia Expresa.

- La información que provea en su solicitud podrá compartirse con oficiales de la ley, con el fin de capturar a fugitivos de la ley.

- Usted debe completar una entrevista y proporcionar pruebas de información reportada en su solicitud.

Provisiones Civiles, Criminales, y Cláusulas Penales

- **La primera instancia de fraude causará un periodo de descalificación de 12 meses. La segunda instancia, 24 meses; y la tercera instancia causará su descalificación permanente del Programa de Asistencia Alimenticia. También, se impondrá una multa de hasta $250,000 dólares o una sentencia de 20 años de cárcel.**

- **Si la Asistencia Alimenticia es utilizada para comprar o vender substancias controladas (drogas ilegales, o medicinas que solo deben adquirirse con receta medica) su descalificación del Programa de Asistencia Alimenticia será de 24 meses la primera ofensa, y permanentemente la segunda ofensa.**

- **Si la Asistencia Alimenticia es utilizada para comprar y vender armas de fuego, municiones o explosivos, su descalificación del Programa de Asistencia Alimenticia será permanentemente. También, un individuo será permanentemente descalificado se le encuentra culpable de traficar Asistencia Alimenticia de $500 dólares o más. El individuo será descalificado por 10 años si provee información fraudulenta sobre su identidad y residencia con el fin de tener casos múltiples de asistencia pública.**